

## FRAGEBOGEN DARMSPIEGELUNG (SANFTE KOLOSKOPIE)

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Ihre Behandlung optimal vorbereiten zu können, bitten wir um Beantwortung folgender Fragen (soweit wie möglich). Falls Sie Befunde von Voruntersuchungen haben, legen Sie uns diese bitte vor. Vielen Dank!

Name	Vorname	Geburtsdatum
Telefon	Telefon mobil (optional)	
Hausarzt (Name, Adresse, Tel.)	Zu informierende Ärzte (optional)	

Kommen Sie zur Darmkrebsvorsorge?

nein

ja

Unter welchen Darm-Beschwerden leiden Sie?  
(Bitte ankreuzen)

Bauchschmerzen

Blähbauch

Verstopfung (min \_\_\_\_ mal pro Woche)

Durchfall (max \_\_\_\_ mal pro Tag)

Wechselnder Stuhlgang

Blut im Stuhl

Enddarmbeschwerden

Gefühl der unvollständigen Entleerung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Möchten Sie die „Sanfte Darmspiegelung mit Kohlendioxyd“  
(15 € Materialkosten - siehe Flyer)

nein

ja

Sind bei Ihnen schon Magen-Darm-Erkrankungen bekannt  
und nehmen Sie schon Magen-Darm-Medikamente ein?

nein

ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen oder Ihrer Familie Krebserkrankungen im Magen  
oder Darm bekannt?

nein

ja, welche und bei wem?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist Ihr Darm schon einmal untersucht worden?

nein

ja, wann und wo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein,  
wie z.B. Marcumar, Eliquis oder Pradaxa?

nein

ja, welche?

\_\_\_\_\_

Die Patienteninformation habe ich erhalten und gelesen. Ich habe hierzu keine Fragen.

Gemäß § 73 Abs. 1b SGBV willige ich hiermit ein, dass meine behandelnden Ärzte einen Befund erhalten und die bei mir festgestellten Befunde an mitbehandelnde Ärzte per Brief, eArztbrief oder Fax weitergeleitet werden dürfen. Mit der Aufnahme in das interne Recall-System erkläre ich mich einverstanden. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass die Magen-Darm Praxis Prof. Krammer meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis offenlegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet haben.

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift